1903
Lane Medical Library

Ein Beitrag

zur

Differentialdiagnose

der multiplen Sclerose.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche nebst beigefügten Thesen

mit

Zustimmung der Hohen Medizinischen Fakultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Donnerstag, den 26. Februar 1903

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Gustav Stuht

approb. Arzt.

aus der Provinz Pommern.

Opponenten:

Herr Dr. med. Kölpin.

Herr Kursist Stein.

Greifswald.

Buchdruckerei Hans Adler.

1903.

Gedruckt mit Genehmigung
der medizinischen Fakultät der Königlichen Universität
zu Greifswald.

Professor Dr. Martin, Dekan.

Referent: Professor Dr. Moritz.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154012_0039

In der letzten Zeit hat man mehr wie sonst darauf geachtet, dass bei Erkrankungen des Nervensystems, die man gewohnt ist, als rein functionelle aufzufassen, gelegentlich Symptome auftreten können, die man sonst als spezifisch für organische Laesionen des Centralnervensystems anzusehen pflegte. In erster Linie sind es hier die traumatische Neurose und die Hysterie, die in Betracht kommen. Auch bei Psychosen hat man solche Beobachtung gemacht (cf. Bonhöffer: „Seitenstrangerscheinungen bei acuten Psychosen"). So kann gelegentlich die Differentialdiagnose zwischen functioneller und organischer Erkrankung sich recht schwierig gestalten. Liest man z. B., was Oppenheim über die Symptomatologie der traumatischen Neurose anführt, so finden wir u. a. folgende Symptome für diese Erkrankung aufgestellt: Die Sprache erfährt sehr häufig insofern eine Veränderung, als sie langsam und stotternd wird, ja zuweilen nimmt sie einen scandierenden Character an. An den Armen findet man ausgesprochenes Intentionszittern. Die Sehnenphänomene sind gesteigert. Der Gang ist dem spastisch-paretischen oft sehr ähnlich. In den Ge-

lenken der Unterextremitäten machen sich Widerstände geltend, die eine grosse Aehnlichkeit mit wirklichen Spasmen haben. Anomalien in der Sensibilität kommen immer und in mannigfaltiger Weise vor. Auch Störungen der Sinnesfunction hat man nicht selten beobachtet: so eine concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, Pupillendifferenz und Nystagmus.

Wir sehen also hier bei der traumatischen Neurose eine Reihe von Symptomen vertreten, von denen wir eine Anzahl bei einer organischen Erkrankung des Central-Nervensystems, der multiplen Sclerose, häufig anzutreffen pflegen. Bei der Differentialdiagnose wird uns natürlich die Anamnese, die Entstehung nach Unfall, die hypochondrische Gemütsverstimmung des Kranken oft auf den richtigen Weg bringen. Dass aber auch die genaue Analysierung einzelner körperlicher Symptome zu einem Resultat führen kann, mögen folgende Beispiele zeigen.

Fall I.

H. St., Arbeiter, 60 Jahre alt. Patient ist in seinen früheren Lebensjahren nicht nennenswert krank gewesen. Am 1. August 1900 erlitt St. einen Unfall, der sich nach Zeugen-Aussage und St.'s Angaben folgendermassen zugetragen hat. St. war mit anderen Arbeitern beschäftigt, einen leeren Wagen auf etwas abschüssigem Terrain zurückzu-

schieben. St. lenkte den Wagen mittels der Deichsel. Plötzlich erhielt er durch die Deichsel einen heftigen Schlag gegen den Bauch, sodass er zu Boden geschleudert wurde. Er klagte über starke Schmerzen im Unterleibe und meinte, es müsse ihm etwas geplatzt sein. Da er nicht im Stande war, sich zu erheben, wurde er mittels Krankenwagen nach Hause geschafft. Es wurde an einer sehr druckempfindlichen Stelle des Abdomen ein Exsudat constatiert, das man für eine Blutung ansprach. Nach circa 14 Tagen traten die Zeichen einer Bauchfell-Entzündung auf: Fieber, Ansammlung von Flüssigkeit im Bauchfellraum, Erbrechen und starke Schmerzhaftigkeit am ganzen Abdomen. Diese Peritonitis verlief sehr schwankend und nahm zeitweise einen recht bedrohlichen Character an. Erst nach einem halben Jahre trat Besserung ein. St. war stark abgemagert und klagte über grosse allgemeine Schwäche. Im Mai 1901, also ungefähr ein Jahr nach dem erlittenen Unfall war St. soweit hergestellt, dass er mittels eines Stockes etwas gehen konnte, aber das Gehen war ein recht unbeholfenes und nach 15 Minuten war die Kraft des Kranken vollständig erschöpft.

Am 1. November 1901 wurde St. der Irrenklinik zu Greifswald zur weiteren Beobachtung und Behandlung überwiesen.

Die subjectiven Angaben des Patienten über seine Krankheit sind ziemlich dieselben wie früher,

St. klagt über grosse allgemeine Schwäche, Schwierigkeit beim Gehen, Schmerzen in den Beinen und im Unterleib. Des weiteren giebt er an, dass sich nach dem Unfall auch seine Sprache verändert habe, dass er seitdem an Luftmangel leide, und dass auch sein Gehör, besonders auf dem linken Ohre schlechter geworden sei.

Der objective Befund ist folgender:

Patient ist ein mittelgrosser, nicht sehr kräftiger Mann, der seinem Alter, 60 Jahre, entsprechend aussieht. Der Ernährungszustand ist mässig, die Musculatur mittelkräftig, das Fettpolster gering. Die Farbe des Gesichts ist etwas bleich, der Ausdruck, besonders dann, wenn er auf seine Krankheit zu sprechen kommt, ein wehleidiger. Die Sprache ist langsam und etwas scandierend. Die Pupillen sind mittelweit und reagieren prompt auf Lichteinfall. Die Augenbewegungen sind frei, es besteht kein Nystagmus. Der Augenhintergrund ist normal, dsgl. das Gesichtsfeld. Es besteht Schwerhörigkeit, besonders auf dem linken Ohre. Flüstersprache wird rechts in 3 m, links in $^1/_2$ m Entfernung vernommen. Die Knochenleitung ist links schlechter, ihr Verhältnis zur Schallleitung jedoch das normale. Die Untersuchung mittelst Ohrenspiegel ergiebt links eine mässige Einziehung des Trommelfells.

Geruch und Geschmack sind ohne Störung. Die Gesichtshälften sind beiderseits gleich innerviert, Die Zunge wird grade und ohne Zittern vorgestreckt.

Die gespreizten Finger lassen für gewöhnlich keinen oder doch nur sehr geringen Tremor erkennen; wenn der Kranke aber psychisch erregt oder durch Gehversuche etwas angestrengt ist, steigert sich dieser Tremor bei intendierten Bewegungen zu ausgesprochenem Intentionszittern. Der Händedruck ist beiderseits nur schwach, beträgt am Dynamometer rechts 12, links 18. — Die Tricepsreflexe sind lebhaft, die Hautreflexe schwach, die Patellarreflexe beiderseits etwas gesteigert, und zwar links etwas mehr wie rechts, es besteht kein Fussklonus. Beim Stehen mit geschlossenen Augen macht sich ein ziemlich starkes Schwanken bemerkbar. — Die motorische Kraft in den Beinen ist nur wenig herabgesetzt. Der Kranke kann spontan, wenn auch unter Anstrengung, alle Bewegungen ausführen und es zeigt sich hierbei keine Ataxie, doch treten schon nach wenigen Versuchen förmliche Schüttelkrämpfe in der Beinmusculatur auf. Der Localisationssinn ist nicht gestört. Bei passiven Bewegungen der Beine macht sich ein gewisser Spasmus bemerkbar, der aber bei brüsken Bewegungen nicht mehr zu constatieren ist. — Beim Gehen stützt sich Patient auf zwei Stöcke; die Körperhaltung hierbei ist vornübergeneigt. Der Gang selbst ist breitbeinig und steif, Patient macht nur kleine Schritte, die Fussspitzen schleifen nicht auf der Erde, die Kniee sind etwas gebeugt. Bei dem Versuche, etwas

grössere Schritte zu machen, klagt Patient über Schmerzen in den Hüft- und Kniegelenken.

Bei Prüfung der Sensibilität sind keine erheblichen Störungen zu constatieren; nur die Haut des Bauches und der Oberschenkel zeigt eine gewisse Hyperaesthesie für schmerzhafte Reize. Am Rumpfe macht sich ein lebhaftes vasomotorisches Nachröten geltend.

Rechts hinten unten besteht eine Pleuritis sicca, sonst nichts Pathologisches an den Lungen. — Die Herztöne sind leise, etwas dumpf, aber rein. Die Pulsfrequenz beträgt für gewöhnlich 72—80; bei geringen Anstrengungen und bei Druck auf das Abdomen steigt dieselbe auf 96—102 an. — Das Abdomen ist weich und überall gleichmässig druckempfindlich. Im übrigen bieten die Organe der Bauchhöhle nichts Pathologisches. — Der Urin ist frei von abnormen Bestandteilen. — Temperatur normal, Schlaf und Appetit zufriedenstellend.

Die Psyche ist nicht beeinträchtigt. Pat. ist stets klar; seine Stimmung ist gleichmässig freundlich, nur selten etwas deprimiert. — Eine Simulation des Patienten lässt sich mit Sicherheit ausschliessen.

Recapitulieren wir die Krankheitssymptome, welche dieser Patient bietet, noch einmal kurz, so finden wir folgendes: Ein 60jähriger, sonst gesunder Mann erleidet einen Unfall durch einen Schlag in die Bauchgegend. Nach einer überstandenen Peritonitis machen sich Schmerzen im Unter-

leib und in den Beinen, allgemeine Schwäche und grosse Schwierigkeit beim Gehen bemerkbar. Der Gang unseres Patienten ist breitbeinig, steif und mit kleinen Schritten; er würde demnach mit dem Gang der multiplen Sclerose zu vergleichen sein. Er unterscheidet sich aber von einem wirklich spastischen Gang dadurch, dass die Kniee gebeugt werden und die Fussspitzen nicht auf dem Boden schleifen.

Der bei oberflächlicher Untersuchung als Spasmus imponierende Widerstand in den Beinen ist bei brüsker Bewegung nicht mehr vorhanden, ein Beweis, dass wir es nicht mit wirklichen, sondern mit Pseudospasmen zu thun haben. Die Steigerung der Reflexe als solche ist allein ja nicht im Stande, die Diagnose auf vorhandene Spasmen zu sichern. Wir können diese Gangstörung und Steigerung der Reflexe mit dem Bilde der „Pseudoparesis spastica“ vergleichen, wie sie von Fürstner, Nonne und Prochazka beschrieben worden sind.

Das Zittern in den Händen ist nur nach körperlichen Anstrengungen und physischen Erregungen zur Beobachtung gekommen, es ist also als ein rein physisch bedingter Vorgang anzusehen. — Die Sprache unseres Patienten hat zwar anfangs einen scandierenden Character gezeigt, ist dann aber nach nicht langer Zeit frei und geläufig geworden, sodass wir auch diese Veränderung als eine rein psychische anzusehen gezwungen sind.

Nachdem wir so die wichtigsten Symptome, welche wohl anfangs das Krankheitsbild der multiplen Sclerose vorspiegeln konnten, auf ihren Wert hin geprüft haben, müssen wir zu der Überzeugung kommen, dass es sich bei unserm Kranken nicht um eine organische, sondern um eine functionelle Erkrankung des Nervensystems handelt, nämlich um eine traumatische Neurose. — Alle Krankheitserscheinungen, die wir bei unserm Patienten gefunden haben, passen sehr gut in den Rahmen dieser Erkrankung. Ausser den soeben besprochenen Symptomen, Gangstörung, Tremor, Spasmen und Sprachstörung erwähnen wir noch die Steigerung der Reflexe und der mechanischen Muscel-Erregbarkeit, des Gefässsystems, Symptome wie sie so oft bei traumatischer Neurose zur Beobachtung gekommen sind.

Fall II.

W. K., Schiffsbauarbeiter, 55 Jahre alt. K. ist hereditär nicht belastet und immer gesund gewesen. Am 21. December 1900 erlitt er einen Unfall, der sich den Acten gemäss folgendermassen zugetragen hat: K. war bei dem Bau eines Schiffes beschäftigt, als ihm an besagtem Tage aus einer Höhe von 6—7 m eine circa $2^1/_2$ Pfund schwere Eisenschraube auf den Kopf fiel. K. brach sofort zusammen und fiel mit dem Rücken gegen eiserne Schienen. Nach seiner Angabe will K. eine kurze Zeit lang bewusstlos gewesen sein. Auf der Stirn befand sich eine

kleine Wunde. Irgendwelche Zeichen einer Gehirnerschütterung sind nicht aufgetreten. Zehn Tage nach dem erlittenen Unfall nahm K. seine Arbeit wieder auf, aber er klagte fortwährend über Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und Gedächtnisschwäche, sodass er seine Arbeiten nicht mehr zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten ausführen konnte. Durch den Aufenthalt in einem städtischen Krankenhause wurde keine Besserung erzielt; K. hatte dort einmal einen eigenartigen Verwirrtheitszustand gezeigt und als ein solcher Anfall wiederkehrte, wurde K. der Irrenklinik zu Greifswald am 24. III. 1902 überwiesen.

K. ist ein mittelgrosser, mässig kräftig gebauter Mann in leidlichem Ernährungszustand. Die Farbe des Gesichts ist bleich, der Ausdruck etwas wehleidig. Die ganze Erscheinung des Kranken ist durchaus seinem Alter entsprechend. Über dem linken Auge befindet sich eine circa 1 cm lange, lineare, gut verschiebliche und nicht druckempfindliche Narbe. Der Schädel ist bei Druck oder Beklopfen nirgends empfindlich, wohl aber äussert Patient bei Druck auf die Kreuzbeingegend Schmerzhaftigkeit. Die Pupillen reagieren prompt, nur in der Zeit eines in der psychiatrischen Klinik beobachteten Dämmerzustandes wurde Trägheit der Pupillen-Reaction constatiert. Der Augenhintergrund ist normal, die Augenbewegungen sind frei, es besteht kein Nystagmus. Patient ist — seinem Alter

entsprechend — etwas weitsichtig und es besteht eine ganz geringe concentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Es ist beiderseits eine geringe Einziehung des Trommelfells zu constatieren; das Ticken der Uhr wird nur unmittelbar am Ohr vernommen, Flüstersprache in 30—50 cm Entfernung. Trotz dieser anscheinend erheblichen Herabsetzung der Hörfähigkeit macht dieselbe sich im Gespräch nicht bemerkbar. Das Verhältnis der Knochen zur Luftleitung ist das normale. Der Geruch ist beiderseits schlecht; penetrante Gerüche werden nur eben wahrgenommen. Der Geschmack ist ebenfalls in seiner Feinheit herabgesetzt, „sauer“ und „bitter“ kann nicht unterschieden werden.

Die Zunge wird grade hervorgestreckt und zittert nicht. Die Sprache ist langsam und klingt monoton. Bei Gemüterregungen und besonders in der Zeit des vorübergehenden geistigen Verwirrtheitszustandes nimmt sie einen scandierenden Charakter an. Patient vermag dann vorgesprochene Worte nur mit Mühe langsam und silbenweise nachzusprechen.

Der Händedruck ist beiderseits nur schwach; es besteht leichtes Zittern der gespreizten Finger und dabei manchmal fibrilläres Zittern in der Daumenmuskulatur. Bei intendierten Bewegungen z. B. wenn man den Kranken sich nach der Nase fassen lässt, macht sich ein deutliches Intentionszittern des ganzen Arms bemerkbar.

Die Patellarreflexe sind erheblich gesteigert, der Achillessehnenreflex ist lebhaft. In der Oberschenkelmuskulatur lösen schon leichte Schläge mit dem Percussionshammer ein förmliches Muscelwogen aus. Bei passiven Bewegungen der unteren Extremitäten machen sich gewisse Widerstände geltend und es tritt ein heftiges Zittern in den Beinen auf; auch kommen zuweilen clonische und tonische Krämpfe in der Beinmusculatur zur Beobachtung. Hierbei äussert der Patient starke Schmerzhaftigkeit und klagt über heftige „Wadenkrämpfe“. Die bei passiven Bewegungen bestehenden Spasmen werden durch brüske Bewegungen vollständig aufgehoben. Der Patient geht mit unsicheren, kleinen Schritten und etwas breitbeinig; dabei sind die Kniee etwas gebeugt nnd zittern stark; die Fussspitzen schleifen nicht auf dem Erdboden. Eine Coordinationsstörung besteht nicht. Bei geschlossenen Augen ist ein deutliches Schwanken des Körpers im Stehen sichtbar.

Das Babinski'sche Phänomen besteht nicht.

Die Hautreflexe sind schwach. Die Sensibilität, namentlich für schmerzhafte Reize, ist am ganzen Körper herabgesetzt; so werden zeitweise tiefe Nadelstiche nicht gespürt.

Der Puls beträgt für gewöhnlich 70—92 Schläge in der Minute; er ist voll und stark gespannt. Leichte Anstrengungen, z. B. mehrmaliges etwas schnelleres Gehen, und Druck auf die schmerzhafte Kreuzbeingegend lassen die Frequenz des Pulses

um 20—30 Schläge steigen. — Am Rumpfe ist ein lebhaftes vasomotorisches Nachröten zu constatieren.

Von Seiten der inneren Organe sind keine Abnormitäten nachweisbar. Der Urin ist frei von abnormen Bestandteilen.

Über das psychische Verhalten unseres Patienten berichtete Herr Prof. A. Westphal[1]) in Greifswald ausführlich. Verfasser weist in Sonderheit auf das Symptom des „Vorbeiredens“ in der Zeit des delirösen Verwirrtheitszustandes unseres Patienten hin.

Auch bei diesem Patienten, einem 55 jährigen gesunden Manne, finden wir ein durch ein Trauma verursachtes Leiden, dessen Symptome derart ausgebildet sind, dass gewisse Schwierigkeiten für die Differentialdiagnose nicht abzuleugnen sind. Dieser Patient geht mit einem Gang, der dem spastisch-paretischen nicht ganz unähnlich ist, aber die Kniee sind etwas gebeugt und die Fussspitzen schleifen nicht auf dem Boden. Die bei passiven Bewegungen bestehenden Widerstände sind als Pseudospasmen anzusehen, da dieselben bei brüsken Bewegungen aufgehoben sind. Die Sprache ist zuweilen der scandierenden sehr ähnlich, aber es ist diese Veränderung stets nur vorübergehend. Es besteht ferner Intentionszittern sowie ein allgemeiner Tremor des Körpers. Die Sehnenphänomene sind gesteigert.

---

[1]) Westphal, Über hysterische Dämmerzustände und das Symptom des „Vorbeiredens“. Neurologisches Centralblatt 1903, No. 1 u. 2.

Diese Symptome zeigen bei oberflächlicher Betrachtung eine grosse Ähnlichkeit mit denjenigen der multiplen Sclerose, aber wir haben bei den einzelnen Erscheinungen schon angedeutet, dass sie nicht durch eine organische Erkrankung bedingt sind. Wir erwähnen ferner als ein sehr wichtiges Moment für die Differentialdiagnose, dass alle Symptome, die wir bei unserm Patienten gefunden haben, in directer Abhängigkeit von der Psyche stehen. In der Zeit des eigenartigen Dämmerzustandes waren die Krankheitserscheinungen am schärfsten ausgeprägt und traten auch dann deutlich zu Tage, wenn der Patient geistig erregt oder körperlich angestrengt war.

Nachdem wir so eine organische Erkrankung bei unserm Patienten ausschliessen können, sichern uns die Sensibilitätsstörungen, die Steigerung der mechanischen Muscelerregbarkeit und der Sehnenreflexe, die vasomotorischen Phänomene, in Verbindung mit der Anamnese die Diagnose der traumatischen Neurose.

Differentialdiagnostisch käme vielleicht noch in Frage, ob bei der starken Kopfverletzung nicht eine Blutung resp. Erweichung im Gehirn stattgefunden hat. So legt Gerhardt[1]) dar, dass gewisse Formen von multiplen Erweichungen oder Blutungen im Gehirn einen Symptomcomplex erzeugen, welcher dem der multiplen Sclerose sehr ähnlich werden

[1]) Dr. Gerhardt, „Zur Differentialdiagnose der multiplen Sclerose". Neurologisches Centralblatt, Jahrgang XVIII.

kann (spastische Paresen, spastisch-atactischer Gang, Intentionstremor, Nystagmus, scandierende Sprache).

Da aber bei unserm Patienten die Krankheitserscheinungen in Abhängigkeit von den psychischen Vorgängen stehen, so dürfte diese Frage wohl als hinfällig betrachtet werden.

Wie die traumatische Neurose, so kann auch die Hysterie mit Erscheinungen einhergehen, die die Differential-Diagnose, ob Hysterie, ob multiple Sclerose recht schwierig machen können. Das kann noch um so mehr der Fall sein, da erfahrungsgemäss beide Erkrankungen sich nicht selten zu combinieren pflegen. In ganz schwierigen kann hier mitunter der Befund des Augenhintergrundes ausschlaggebend sein. Als Beispiel möge der folgende Fall dienen:

Fall III.

Frau Fr. E., 38 Jahre alt, wurde am 30. VIII. 1901 in die psychiatrische Klinik zu Greifswald aufgenommen.

Patientin ist hereditär nicht belastet, ist nie nennenswert krank gewesen und hat sich in ihrer Jugend gut entwickelt. Patientin hat eine Anzahl schnell auf einanderfolgende Geburten (acht ausgetragene Kinder, zwei Aborte) überstanden. Im Wochenbett hat Patientin sich nie geschont, sondern ist schon am dritten Tage aufgestanden und hat ihre Arbeit verrichtet. Ihr jetziges Leiden hat sich ganz allmählich entwickelt.

Nach Angabe der Verwandten zeigte die Patientin früher ein recht ruhiges Wesen. In der letzten Zeit aber sei die Frau leicht reizbar und heftig gewesen; auch habe sich ein ausserordentlicher Stimmungswechsel bemerkbar gemacht, indem Patientin bald vergnügt und wohlgelaunt gewesen sei, um dann ganz plötzlich ohne Veranlassung aufgeregt und zornig zu werden. Auch trat zuweilen eine trübsinnige, traurige Stimmung auf, die einigemale durch „Lachkrämpfe“ unterbrochen wurde. Mit dieser eigenartigen psychischen Veränderung zugleich machte sich eine gewisse Steifigkeit in den Beinen geltend, die sich schnell bis zur vollkommenen Lähmung ausbildete.

Bei der Aufnahme macht Patientin einen sehr schwächlichen Eindruck, sie sieht anämisch aus und befindet sich in schlechtem Ernährungs-Zustand.

Patientin klagt über reissende Schmerzen, besonders in den Beinen, auch will sie manchmal an Doppelsehen leiden und die Empfindung haben, als ob Glocken dicht vor ihren Ohren läuten.

Der Gang der Patientin ist ausgesprochen spastisch-paretisch; sie vermag sich nur mit kleinen mühsamen Schritten eine kurze Strecke fortzubewegen, wobei sie taumelt und umzufallen droht. Die Fussspitzen und manchmal auch die ganzen Fusssohlen schleifen auf dem Boden. Bei der Fortbewegung werden die Füsse steif „wie Stöcke“ gehalten, der Rumpf ist vornübergebeugt.

Die Patellar- und Achillessehnenreflexe sind erheblich gesteigert. An beiden Extremitäten besteht ein ausgesprochener Fussklonus, es ist bei Dorsalflexion ein lang andauerndes, nicht leicht erschöpfbares Zittern in den Füssen zu constatieren. In der Rückenlage vermag Patientin nur mit Anstrengung die Beine eine kleine Strecke von der Unterlage zu erheben. Bei passiven Bewegungen macht sich ein deutlich spastischer Widerstand in den Gelenken der unteren Extremitäten geltend; jedoch heben brüske, plötzliche Bewegungen diesen Widerstand auf. — Die Sehnenreflexe der Oberextremitäten sind mässig erhöht. An der ganzen Körperoberfläche lässt sich eine allgemeine Hyperaesthesie constatieren; ebenso besteht deutliche Ovarie, bei deren Prüfung ein anfallsähnlicher Zustand und beschleunigte oberflächliche Athmung eintritt.

Es besteht kein Intentionstremor und kein Nystagmus. Die Pupillen reagieren prompt auf Lichteinfall. Der Augenhintergrund ist normal. Aus der Vagina macht sich ein schleimig-eitriger Ausfluss bemerkbar; die innere Untersuchung stellt eine retroflexio uteri mit Erosionen an der Portio fest. — An den Brust- und Bauchorganen lässt sich nichts Pathologisches nachweisen. Der Urin ist frei von abnormen Bestandteilen. Die Psyche ist frei, die Sprache ohne Störungen, die Stimmung etwas

wehleidig. Gedächtnis- und Intelligenzdefecte bestehen nicht.

Schon bald nach der Aufnahme besserte sich die Gangfähigkeit der Patientin auf gutes Zureden hin und bei Anwendung des faradischen Stromes; Patientin konnte grössere Schritte machen und sie zeigte eine grössere Sicherheit im Gehen. Allerdings war diese erzielte Besserung anfangs nur eine vorübergehende.

Am 6. VIII. wurde Patientin von ihrem Manne besucht, wodurch sie so sehr erregt wurde, dass sie in einen eigenartig verwirrten und benommenen Zustand verfiel. Herr Prof. A. Westphal[1]) hat über diesen traumhaften Dämmerzustand und das bei diesem beobachtete Symptom des „Vorbeiredens“ genauer berichtet. Wir wollen hier nur kurz erwähnen, dass die vorher gut orientierte Frau die einfachsten Fragen unsinnig beantwortet, die bekanntesten Gegenstände nicht richtig erkennt und sehr lebhaft halluciniert. Angstvorstellungen wechseln mit freudigen und erotischen Erregungen. Zeitweise wird dieser Dämmerzustand von lichten Augenblicken unterbrochen; Patientin thut dann sehr verwundert über ihr psychisches Verhalten selbst und glaubt aus einem Traum erwacht zu sein. — Sehr auffallend ist das Verhalten der Gangstörung bei der Patientin

[1]) A. Westphal, Über hysterische Dämmerzustände und das Sympton des „Vorbeiredens“. Neurologisches Centralblatt 1903. Nr. 1 u. 2.) l. c.

während dieses delirösen Zustandes: Es ist nämlich zur Beobachtung gekommen, dass die Frau aus dem Bett gesprungen und ohne Behinderung schnell im Zimmer herumgegangen und -gesprungen ist. Von irgend einer Bewegungsstörung war nichts zu constatieren. Auch die Sprache der Patientin hat während des delirösen Zustandes eine Veränderung erfahren, insofern, als die Patientin jetzt nur langsam und mühsam die Worte herausbringt und die Sprache, welche vordem ohne Störung war, einen ausgeprägt scandierenden Character trägt.

Nachdem dieser geistige Verwirrtheitszustand sieben Tage angedauert hat, tritt allmählich eine Besserung ein: der Schlaf wird besser, die Sinnestäuschungen treten zurück und die Patientin erscheint in ihrer Psyche frei zu sein wie vordem. Ein neuer Anfall von solchem Dämmerzustand wird während der weiteren Beobachtungszeit (circa 3 Monate) nicht festgestellt, wohl aber macht sich bald nach dem „Erwachtsein“ eine ausserordentliche Stimmungsveränderung geltend: Die Patientin ist jetzt sehr launenhaft, sie stellt immer ihre eigene Person in den Vordergrund, aus einer fröhlichen wird oft unvermittelt eine traurige oder zornige Stimmung. Von ihrer geistigen Stimmung scheint das körperliche Verhalten abhängig zu sein. So kommt es vor, dass Patientin an ihren guten Tagen fast gar keine Gangstörung zeigt, ja mit anderen Kranken herumtanzt, um am anderen Tage nicht

im Stande zu sein, auch nur einen Schritt gehen zu können. Ebenso wie die Gangstörung ist auch das Verhalten der Reflexerregbarkeit abhängig von der jeweiligen psychischen Stimmung der Patientin. Es wurde festgestellt, dass an den Tagen, an welchen Patientin über Schmerzen und Verschlechterung des Allgemeinbefindens klagt, sich bei Dorsalflexion der Füsse ein langandauerndes gleichmässiges Zittern, also ein anscheinend richtiger Fussklonus auslösen lässt. Ist dagegen das Befinden und die Laune der Patientin gut, so ist entweder gar kein oder doch nur ein geringes, leicht erschöpfbares Zittern hervorzurufen.

Nach Anwendung von Hypnose, auf welche Patientin gut reagiert, Faradisation und methodischen Gehübungen wird schliesslich eine weitgehende Besserung erzielt. Patientin ist bei ihrer Entlassung (am 3. XII. 01.) frei von jeder Bewegungsstörung, das aufgeregte, wechselvolle psychische Verhalten hat einer gleichmässigeren Stimmung Platz gemacht.

Betrachten wir jetzt das Gesamtbild dieses Krankheitsfalles, so müssen wir unzweifelhaft zu der Überzeugung kommen, dass es sich um eine Hysterie handelt. Wir müssen aber andererseits in Betracht ziehen, dass diese Frau anfangs Krankheitserscheinungen darbot, die mit ziemlicher Sicherheit eine organische Erkrankung vermuten lassen konnten. Denn der Gang unserer Patientin war ein ausgesprochen spastisch-paretischer, das Fuss-

zittern war so deutlich ausgeprägt, dass es als wirklicher Fussklonus angesehen werden musste. Diese beiden Symptome im Verein mit scandierender Sprache, Diplopie und Lachanfällen bieten ein Krankheitsbild dar, wie wir es bei der multiplen Sclerose vorzufinden gewohnt sind. Erst die längere Beobachtungszeit zeigte uns, dass alle körperlichen Krankheitserscheinungen in direkter Abhängigkeit von dem psychischen Verhalten unserer Patientin stehen. So haben wir einerseits gesehen, dass die Gangstörungen in der Zeit des delirösen Dämmerzustandes zuweilen ganz aufgehoben waren; wir haben ferner beobachten können, dass mit den Launen und dem Allgemeinbefinden der Patientin nicht nur die Gehfähigkeit, sondern auch das Bestehen und das Verschwinden des Fusszitterns in eklatanter Weise wechselten. Schliesslich beweist noch das Zurücktreten der bestehenden psychischen Erscheinungen, sowie die endlich erfolgte Heilung, dass es sich in dem vorliegenden Falle um eine rein functionelle Erkrankung, nämlich um eine Hysterie gehandelt hat, die allerdings Symptome darbietet, welche denen der multiplen Sclerose sehr ähnlich sind. —

Wir kommen zum Schluss zu der Überzeugung, dass wir die aufgeführten Krankheitsbilder als „functionell bedingt“ auffassen müssen; denn einerseits liegt kein objectives Symptom vor, welches uns nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse zwingt,

eine organische Veränderung im Centralnervensystem anzunehmen, andererseits spricht die Complication mit den objectiven Merkmalen der Hysterie sowie die zweifellose, in einem Falle mehr, im andern weniger ausgesprochene psychische Beeinflussbarkeit sicher zu Gunsten des Ausschlusses einer anatomischen Erkrankung.

Beim Durchsehen der Litteratur finden wir zunächst von Fuerstner[1]) zwei Fällen veröffentlicht, die den von uns aufgestellten ähnlich sind. Verfasser weist hierbei auf ein Krankheitsbild hin, „das mit organisch bedingtem überraschende Ähnlichheit, ja Übereinstimmung besitzen kann, während es doch zweifellos durch functionelle Vorgänge ausgelöst ist.“ In beiden Fällen handelt es sich um traumatische Neurose, deren Hauptsymptome auch hier durch eine eigentümliche Gang- und Sprachstörung erhöhte Reflexerregbarkeit und Intentionszittern und Pseudospasmen gebildet werden.

Ferner beschreibt Nonne[2]) fünf weitere Fälle, bei denen es sich ebenfalls um Krankheitserscheinungen nach Trauma handelt, wie wir sie im Vorstehenden aufgeführt haben. Nonne hebt speziell bei dieser Abhandlung das Charakteristische des Schütteltremors hervor, der ja auch bei unserm Kranken K. (II. Fall) deutlich zu Tage trat. Der

---

[1]) Fuerstner, Über pseudospastische Parese mit Tremor. Neurologisches Centralblatt, Jahrgg. XV.

[2]) Nonne, dsgl.

Verfasser sagt in der Schlussbetrachtung: „Es handelt sich nicht um den Tremor einzelner Musceln, auch nicht um den einzelner Gliedabschnitte, sondern um den einer, bezw. der beiden ganzen Extremitäten, die Extremität gerät in einen „Schütteltremor“; in ganz hochgradigen Fällen schüttelt dabei der ganze Körper und das Schütteln kann so stark werden, dass der Kranke nicht allein stehen, geschweige denn gehen kann. Es kommen alle quantitaven Übergänge dieses Tremors vor. Dabei zeigen die Muskeln der betreffenden Extremitäten eine hochgradige Neigung, in Contractur zu geraten: die gesammte Muskulatur springt reliefartig vor, fühlt sich bretthart an und verursacht nicht selten durch ihren krampfartigen Zustand ähnliche Schmerzen, wie sie vom „Wadenkrampf“ her allgemein bekannt sind. Durch diese verschiedenen Momente unterscheidet sich dieser Tremor von den anderen Tremorarten, dem eigentlichen Intentionstremor der multiplen Sclerose, dem toxischen, dem hysterischen, dem senilen, dem Basedow-Tremor, dem Tremor der Paralysis agitans u. s. w.“

Einen weiteren Fall von „pseudospastischer Parese mit Tremor“ veröffentlicht F. Prochazka[1]). Es handelt sich um einen Patienten, der ein Trauma erlitten hat (Sturz aus einem Baum). Es ist zunächst eine allgemeine Schwäche und Zittern in

[1]) Prochazka, Über pseudospastische Parese mit Tremor. Wiener klinische Rundschau 1899, No. 35 u. 36.

den Extremitäten zurückgeblieben. Im Laufe der Zeit ist das Zittern immer stärker geworden und Patient klagte über Wadenkrämpfe, Kreuzschmerzen u. s. w. Sein Gang war mit kleinen zögernden Schritten, die Körperhaltung steif und vornüber gebeugt. Die bestehenden Widerstände in den Unterextremitäten erwiesen sich als Pseudospasmen. Ferner sind von Jolly (Berliner Klinische Wochenschrift 96) in dieses Gebiet gehörige Beobachtungen mitgeteilt worden.

Es dürfte wohl kein Zweifel sein, dass es sich bei all diesen in der Litteratur aufgestellten Fällen um eine traumatische Neurose handelt. Alle Verfasser heben aber hervor, dass aus der Ähnlichkeit verschiedener Symptome dieser functionellen Erkrankung mit denen der multiplen Sclerose gewisse Schwierigkeiten für die Differentialdiagnose erwachsen können.

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Westphal, für die gütige Überweisung dieser Arbeit meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen. Zu grossem Danke bin ich auch Herrn Dr. Kölpin verpflichtet, welcher mit grosser Bereitwilligkeit mich beim Anfertigen dieser Arbeit durch seinen Rat unterstützte.

Lebenslauf.

Am 6. Juli 1876 wurde ich Gustav, Adolf, Ernst Stuht als jüngster Sohn des Gutspächters Gustav Stuht und seiner Ehefrau Marie, geb. Paeplow, zu Mursewiek, Kreis Rügen, geboren. Nachdem ich den ersten Schulunterricht durch Hauslehrer erhalten hatte, besuchte ich das Königl.. Paedagogium zu Putbus auf Rügen, welches ich am 9. März 1897 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Ich studierte in Würzburg, Berlin und Marburg, woselbst ich am Ende des vierten Semesters (März 1899) das Tentamen physikum bestand Die fünf klinischen Semester absolvierte ich in Greifswald wo ich am 11. April 1902 das medicinische Staatsexamen bestand.

Während meines Studiums hörte ich die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Docenten:

In Würzburg:

Boveri, Haidenhain, Röntgen, von Sachs.

In Berlin.

Fischer, Hertwig, Waldeyer.

In Marburg.

Disse, Gasser, Kossel, Mayer, Melde, Zinke, Zumstein.

In Greifswald:

Beumer, Bier, Busse, Grawitz, Hoffmann, Krabler, Krehl, Loeffler, Lüthje, Martin, Mosler, Peiper, Ritter, Schirmer, Schulz, Strübing, Westphal.

Allen diesen meinen hochverehrten Herren Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen ehrerbietigsten Dank aus, insbesondere den Herren Prof. Dr. Krehl, Prof. Dr. Grawitz Prof. Dr. Tilmann, in deren Kliniken, Polikliniken bezw. Instituten ich während meiner Studienzeit Volontair sein durfte.

Thesen.

I.

Gesteigerte Sehnenreflexe und Fussklonus schliessen eine functionelle Erkrankung des Nervensystems nicht aus.

II.

Bei Placenta praevia ist nach kombinierter Wendung ein exspectatives Verfahren einzuschlagen.

III.

Bei Ernährung der Säuglinge mit Kuhmilch ist der Auswahl des Futters für die Kühe eine grössere Sorgfalt als bisher zu widmen.